



Programa de prevención para las complicaciones en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2

TRABAJO DE FIN DE MASTER
JOSE LUIS CAROPRESO IBARRA

Tabla de contenido

Tabla de contenido	2
Justificación	4
Antecedentes del tema	6
Adecuación al Plan de Salud de Navarra	8
Identificación de problemas y priorización	12
Objetivos	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Desarrollo y ejecución del proyecto.....	18
Población de referencia	18
Selección de población muestral o de intervención	19
Cronograma de actuación y actividades para alcanzar cada objetivo	20
Recursos humanos y materiales	24
Equipo que desarrolla el proyecto y colaboraciones institucionales	24
Recursos disponibles: material técnico, inventariable y fungible.....	26
Presupuesto estimado según conceptos.....	28
Documentos de autorización.....	31
Aviso de Privacidad	31
Documentos de consentimiento informado.....	32

Información y divulgación	33
Información a la población (16)	33
Nota de prensa para los medios de comunicación	34
Evaluación del proceso y de los resultados alcanzados	35
Indicadores cuantitativos.....	35
Indicadores cualitativos	36
Cuestionario post sesión	36
Indicadores	37
Escala de satisfacción.....	37
Encuesta de satisfacción trimestral	37
Bibliografía.....	38
Resumen para su publicación	41

Justificación

Lo interesante de este trabajo recae en la importancia de la prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus, enfermedad crónico degenerativa que corresponde a una parte importante del gasto público, sobretodo el tratamiento de las complicaciones.

Aunque es bien conocida la importancia de la prevención para las enfermedades crónico degenerativas. La mayor parte de las investigaciones en varios campos están orientadas a la prevención primaria y secundaria descuidando, hasta cierto punto, la prevención terciaria.

Por ello es importante, enseñar y hacer copartícipe al paciente. Evitar en él las complicaciones de su enfermedad y mantener una calidad de vida adecuada.

Los motivos para realizar este trabajo y elaborar un programa de prevención es, antes que nada, el bienestar del paciente y sus familiares, el poder brindar una mejor calidad de vida al igual que generar ahorros para el sistema sanitario.

Un aspecto que vale la pena mencionar es que, en términos de número de años de vida perdidos (APMP) debido a muerte prematura en la Ciudad de México, la enfermedad cardiaca isquémica, enfermedad renal crónica y la diabetes fueron las causas ubicadas en los primeros lugares en 2013. (1)

Entre las causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), en la Ciudad de México, la hiperglucemia en ayunas, los altos índices de obesidad y el riesgo alimentario fueron los principales factores en ese mismo año.

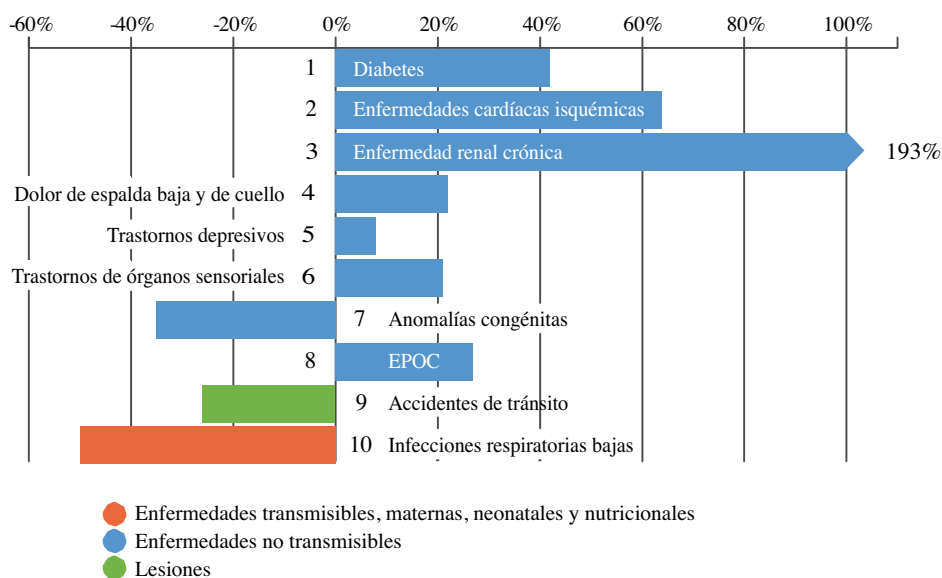


Gráfico 1. Principales causas de AVISA y cambio porcentual 1990 – 2013 (1)

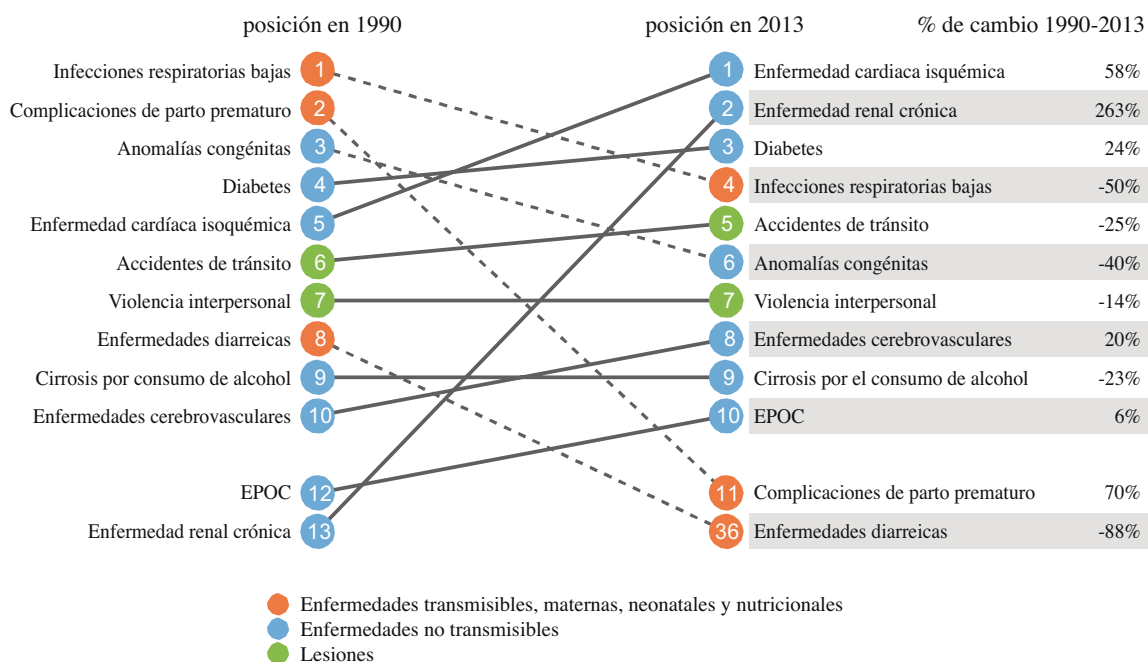


Gráfico 2. Principales causas de APMP por muerte prematura, 1990 – 2013 y cambio porcentual, 1990 -2013. (1)

Antecedentes del tema

En México, por medio de la Secretaría de Salud, se cuenta con programas para la prevención de diabetes, como la “Campaña menos diabetes más salud”.

Mientras que, en el Instituto de Salud Pública de México, se presentan proyectos de la Línea Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares. Algunos ejemplos de ello, son: (2)

- Adopción de estilos de vida saludable en adultos con síndrome metabólico: intervención para el control cardiometabólico.
 - Alimentación, actividad física y factores ambientales: relación con obesidad y enfermedades crónicas.
 - Caracterización de los factores genéticos y medioambientales determinantes de la incidencia de diabetes mellitus tipo 2. Estudio de casos y controles en la cohorte del “Estudio de la Diabetes en la Ciudad de México”
 - Ciudades cambiando la diabetes: Encuesta representativa de la Diabetes en el Distrito Federal.
 - Contribución del sobrepeso y la obesidad a los factores de riesgo para enfermedades crónicas: análisis de la encuesta nacional de salud 2000.
 - Cuentas en diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.
 - Desarrollo de una metodología para el diagnóstico y fomento de la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas y evaluación de su impacto sobre factores de riesgo cardiovascular.
 - Diseño y evaluación de un modelo de salud sustentable y participativo dirigido a la prevención y adherencia al tratamiento de obesidad, diabetes e hipertensión en la localidad de Xoxocotla, Morelos.
 - Evaluación de un programa piloto para la prevención de diabetes, usando tecnologías de la información, en una población basada en el sitio de trabajo.
- (Saludándonos México SMX)

- Evaluación del desempeño de una plataforma de Telemedicina con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Factores ambientales de la Diabetes: Disruptores endocrinos ambientales y el Riesgo de Desarrollo de Diabetes y Enfermedad Cardiovascular en Mujeres Mexicanas del Estudio ESMaestras.
- Michigan Center For Diabetes Translational Research / Modelos predictivos de diabetes y sus complicaciones en México.
- Promoción de patrones de alimentación saludable y actividad física en el sistema de educación media superior para la evaluación de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas en jóvenes mexicanos.
- Propuesta de un modelo de atención remoto de enfermedades crónicas no transmisibles.

Se han mencionado solo algunos de los 125 proyectos que se realizan o se pretenden realizar por parte del Instituto de Salud Pública de México en diversas áreas de la República Mexicana. Lamentablemente ninguno de los proyectos del sector público se adecúa a la problemática que se busca resolver con este programa de prevención.

En el sector privado de México podemos encontrar ejemplos de empresas que llevan a cabo programas similares. Uno de ellos, la empresa “Cuídate” se enfoca al tratamiento integral de la Diabetes Mellitus, abarcando la prevención primaria, secundaria y terciaria. Otro ejemplo son las empresas “BMSA Group” y “GNP Cuida tu Salud” que se desarrollan dentro del ámbito empresarial, brindando campañas de concientización, detección y diagnóstico de patologías crónico degenerativas.

Es importante mencionar que, por parte del servicio público, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) realizó la licitación del programa para el cuidado integral del paciente con diabetes mellitus LA-019GYR047-N36-2015, ganando la empresa ya mencionada “Cuídate”. El objetivo era la subrogación de los servicios de atención y tratamiento de diabetes mellitus de 16,000 pacientes para su atención a las clínicas de

la empresa “Cúidate”. Al haber cambio de gobierno, la licitación se detuvo y el IMSS retuvo a todos los pacientes que ya tenía. Por lo que Cúidate continuó sus operaciones a nivel privado. (3)

Cabe señalar que existen estudios de investigación que buscan, de manera específica, la forma de prevenir ciertas complicaciones de la diabetes mellitus. Podemos encontrar en lo referente a prevención del pie diabético y por lo tanto a disminuir la incidencia de este mismo problema. También se cuentan con nuevas técnicas de predicción de complicaciones, estudios de prevención o retraso de la retinopatía diabética. Pero no hay alguno que se centre en crear un programa específico en el que se incluya la educación del paciente, mejor adherencia al tratamiento y consultas orientadas y dirigidas a prevenir las complicaciones.

Adecuación al Plan de Salud de Navarra

Entendemos que un Plan de Salud es la herramienta fundamental en la planificación en salud de un territorio. En este se establecen las prioridades de intervención sanitaria, se fijan objetivos y se definen los programas necesarios para mejorar los resultados en salud en la comunidad.

Dentro del plan se priorizan aquellas estrategias y programas que se considera que en mayor medida pueden contribuir a mejorar el nivel global de salud de la población y focaliza la atención en la evaluación y monitorización del progreso alcanzado por dichos programas. (4)

El Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra cuenta en su página de internet con información para el cuidado sobre diabetes mellitus, por ejemplo: (5)

- Folletos para la Prevención primaria de la Diabetes
- Folleto del pie diabético

Programas de alimentación “Come sano”, por medio de un folleto y un tríptico. Al igual que un programa de “Ejercicio físico”, también con un folleto y un tríptico.

Se hace mención de la “Escuela para pacientes” pero no se puede entrar a la página que redirecciona, al no existir.

Se creó en Navarra el “Plan de Salud de Navarra 2014 – 2020”, en el que plantea nuevos retos para la mejor atención del paciente. Se hace mención de los que están enfocados a la diabetes mellitus como:

1. Pluripatología
2. Prevención de la Enfermedad
3. Dolor crónico
4. Prevención de la discapacidad
5. Más empoderamiento
6. Más autonomía
7. Más participación
8. Más atención a problemas sociales y psicoemocionales
9. Hace un enfoque global
10. Entorno sanitario que gire en torno a la persona y no a la enfermedad
11. Prevención de la enfermedad y si aparece, prevenir y reducir sus secuelas
12. Programas de capacitación en autocuidados

Estratificación de la población

Nº de pacientes identificados en Navarra de las Patologías priorizadas

	Una sola enfermedad	Dos enfermedades	Tres o más enfermedades	Demencia + otras enferm.	TOTAL
Asma	31.834	2.477	774	277	35.363
Ictus. Ac. Cerebrovasculares	7.284	6.421	1.059	1.344	16.109
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	19.195
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	15.577
EPOC.	7.558	4.496	1.861	514	14.428
Insuficiencia Cardíaca	2.625	3.516	2.177	672	8.990
Diabetes	24.402	11.719	2.968	1.661	40.749
Demencia	3.539			3.954	7.493
TOTAL	92.887	20.446	3.497	3.954	120.784

Tabla 1. Estratificación de las patologías en la población de Navarra (6)

Haciendo una búsqueda minuciosa, podemos hacer mención de otros aspectos de importancia para el trabajo realizado.

- 1) Prevención y atención a enfermedades vasculares y diabetes.
 - Programa de atención a la diabetes.
- 2) Programa de atención personalizada sobre estilos de vida.
 - Prescripción personalizada de Ejercicio Físico.
 - Prescripción personalizada de hábitos dietéticos.
 - Talleres educativos sobre alimentación saludable y obesidad.
- 3) Programas de Capacitación en Autocuidados
 - Estrategia de Autocuidados en Procesos Crónicos.
 - Estrategia de Autocuidados en Procesos Agudos Autorresolubles
 - Portal de Salud orientado al autocuidado
- 4) Programa de atención a la Diabetes
 - Establecer y aplicar un Patrón Integrado de Atención a la Diabetes por niveles de severidad según la metodología de crónicos.
 - Protocolo informatizado compartido de Diabetes con utilización adecuada de nuevos fármacos y dispositivos.
 - Unidad de Diabetes.
 - Enfermeras Gestoras de Casos en Primaria y Enfermera de Enlace en Especializada.
 - Favorecer la atención integral al paciente diabético hospitalizado por causas ajenas a su diabetes.
 - Unificar protocolos de diabetes a aplicar en los servicios de urgencias y en pacientes ingresados.
 - Alternativas a la hospitalización convencional en caso de reagudización.
 - Planificación del alta hospitalaria y continuidad de cuidados.
 - Programa de Autocuidados / Paciente Experto incluyendo prescripción de ejercicio físico terapéutico.

- Herramientas de ayuda al autocuidado. Aplicaciones telemáticas y consulta telefónica.
- 5) Programa de Conciliación de la Medicación y Adherencia al Tratamiento
- Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria, especialmente en pacientes pluripatológicos.
 - Conciliación de la medicación de pacientes institucionalizados.
 - Prescripción electrónica asistida. (Ver Estrategia de Seguridad)
 - Programa de Mejora de la Adherencia al Tratamiento en colaboración con la Oficinas de Farmacia.
 - Conciliación periódica de la medicación de pacientes polimedicados en AP.

PERFILES DE PACIENTES Y PROCESOS CRÓNICOS PRIORIZADOS	
Pacientes pluripatológicos	A corto y medio plazo se definirán Patrones de Atención específicos para cada uno de los perfiles de pacientes priorizados con Objetivos de Resultados medibles por niveles de severidad.
Accidente Cerebro Vascular	
Asma *	Todos los afectados por estas patologías deberán ser clasificados según su nivel de severidad utilizando criterios predefinidos.
Cardiopatía Isquémica	
Demencia	Los crónicos severos serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica y se les asignará un Gestor de Casos.
Diabetes *	
Insuficiencia Cardíaca	Se desarrollarán los instrumentos de ayuda específicos y las tecnologías necesarias para garantizar objetivos de resultados preestablecidos: Protocolos informatizados, Paneles de Control, etc.
Insuficiencia Hepática	
Insuficiencia Renal	Tanto a los leves y moderados como a los severos les serán de aplicación todas las previsiones contenidas en el modelo de crónicos con especial atención a la capacitación en Autocuidados.
EPOC	
Parkinson	
Esquizofrenia,	
Trastornos depresivos recurrentes	

Tabla 2. Perfiles de pacientes y progresos crónicos priorizados (4)

El Plan de Salud de Navarra, es un plan completo e integral en el que se revisan varios aspectos, como el autocuidado, la educación o la atención integral al paciente.

La manera en la que el Plan de Prevención para las Complicaciones en la Diabetes podría integrarse, es dando un servicio más enfocado y personalizado en el primer nivel de atención, educando al paciente en su patología y haciendo énfasis en el apoyo

psicológico que le permita aceptar su enfermedad, las responsabilidades que debe adquirir y por lo tanto lograr una mejor adherencia al tratamiento.

Al ser de 50,000 la población de personas con diabetes mellitus en Navarra, es importante crear programas adecuados para ellos, no solo para las personas que viven en las ciudades más grandes como Pamplona. Integrar el Plan por medio de clínicas, que aligeren la carga de trabajo para el sector hospitalario, ayudando a mejorar el tiempo de espera y brindando una atención especializada, focalizada y efectiva al paciente y su patología metabólica.

Identificación de problemas y priorización

En México, la diabetes mellitus y sus complicaciones son la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres desde el año 2010, que para ese año provocó 83,000 muertes en el país.

La Organización Panamericana de la Salud, define a la diabetes como una enfermedad crónica, caracterizada por hiperglucemia y asociada a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción o acción de la insulina. (7) Todo esto a causa de la interacción entre factores genéticos y ambientales.

Hay varios tipos de diabetes, que dependiendo de la causa se puede implicar la deficiencia de la secreción de insulina, el decremento del consumo de glucosa o el aumento en la producción de ésta.

La resistencia a la insulina y la secreción anormal de la misma, son factores centrales para el desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo 2. Estudios coinciden en que la resistencia a la insulina precede a los defectos de su secreción y cuando esta se torna inadecuada, ocurre la diabetes. (8)

Las complicaciones crónicas que conlleva la diabetes pueden afectar muchos sistemas, las cuales son la causa de la mayor parte de la mortalidad y de la morbilidad. Estas complicaciones se dividen en vasculares y no vasculares, que a su vez las

vasculares se dividen en microangiopatías, como la retinopatía, la neuropatía y la nefropatía. Y las macroangiopatías, que son las coronariopatías y la enfermedad vascular cerebral.

El riesgo de desarrollar las complicaciones está relacionado con el tiempo de la evolución de la hiperglucemia. Por lo que la reducción de la hiperglucemia disminuye e incluso evita la aparición de éstas.

A continuación se enlistan las complicaciones asociadas a la diabetes (8)

- Microvasculares
 - Enfermedades oculares
 - Retinopatías (no proliferativa y proliferativa)
 - Edema de la mácula
- Neuropatías
 - Sensitivas y motoras (mononeuropatías y polineuropatías)
 - Vegetativas
- Nefropatías
- Macrovasculares
 - Arteriopatía coronaria
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad vascular cerebral
- Otras
 - Del tubo digestivo (gastroparesia, diarrea)
 - Genitourinarias (uropatías y disfunción sexual)
 - Dermatológicas
 - Infecciosas
 - Cataratas
 - Glaucoma
 - Enfermedad periodontal

Como se puede observar son varias las complicaciones asociadas a esta enfermedad crónico degenerativa, por lo que es importante tratarla a tiempo y plantear soluciones fiables, con gran impacto social y que signifiquen para el paciente una forma adecuada de evitar o reducir las comorbilidades que implica.

De acuerdo con el estudio de carga global de la enfermedad en México, la diabetes pasó de la posición 9 en 1990 a la 3 en 2013, respecto a los años de vida perdidos

por mortalidad prematura, y del lugar número 7 en 1990 al lugar 4 en el 2013 como causa de años vividos con discapacidad.(1)

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la prevalencia de diabetes, para el caso de las mujeres es de 9.7% (447,878) mientras que para hombres es del 8.6%.(364,105) (9)

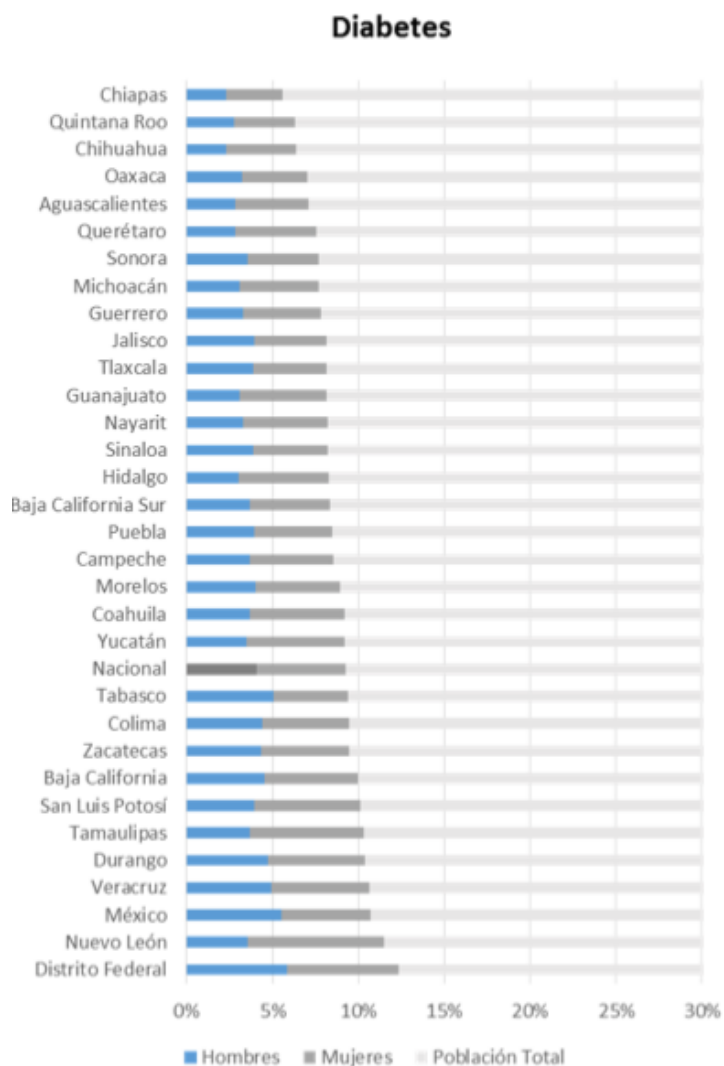


Gráfico 3. Prevalencia de Diabetes con Diagnóstico previo por sexo en población adulta, 2012 (9)

Mientras que, con base en datos estadísticos, las muertes asociadas a las complicaciones de la diabetes en la población mexicana son altas también, mostrándose una discreta diferencia entre hombres y mujeres, siendo menos prevalente en el estado de Quintana Roo.

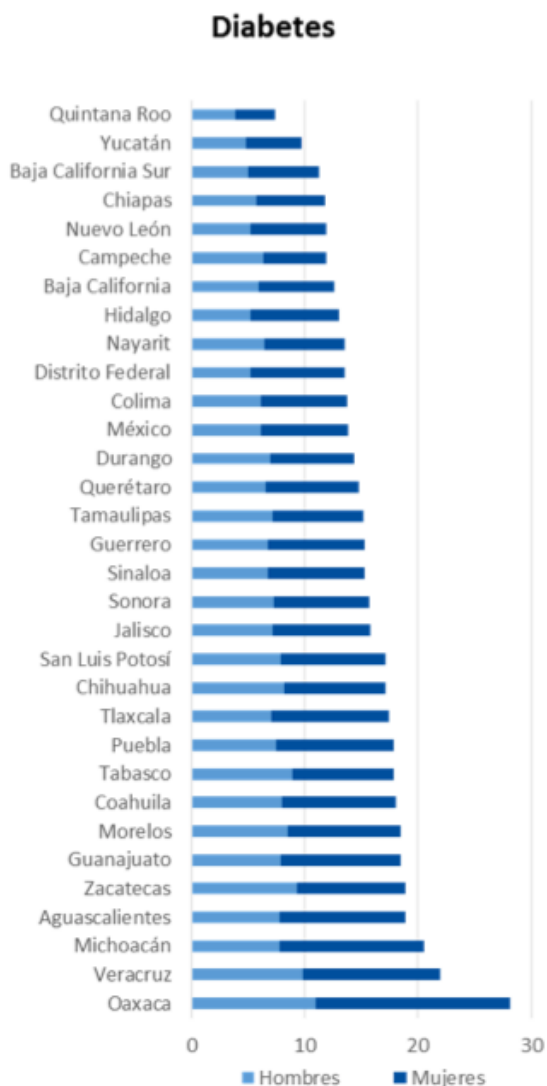


Gráfico 4. Muertes por complicaciones en la diabetes por cada 100,000 habitantes, separando por sexo, 2013. (9)

Mostrando datos de acuerdo al nivel de ingreso se observa que, en cada grupo de deciles, la mayoría de las personas se encuentran afectadas por sobrepeso y obesidad. Pudiéndose ver que, a partir del tercer decil, prácticamente la mitad de la población padece esta afección.

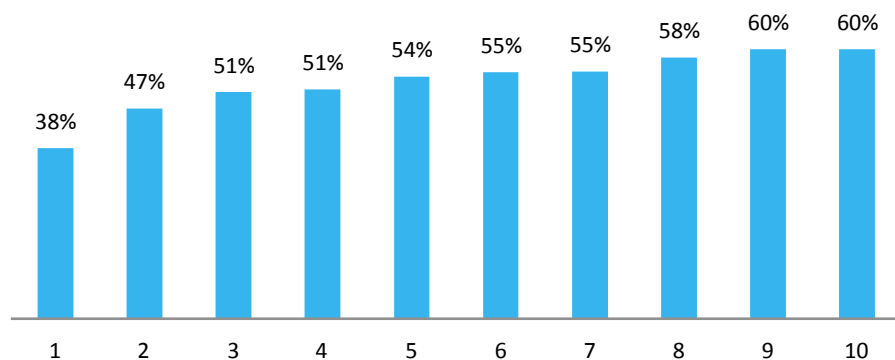


Gráfico 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad por decil, nacional, 2012 (9)

Mientras que la prevalencia de diabetes junto con la hipertensión arterial no muestra un patrón que se pueda asociar al nivel de ingresos, observando en la siguiente tabla prácticamente la misma prevalencia en todos los deciles con excepción del primero, concentrándose el mayor número en el octavo decil (8.2%). Importante mencionar que los datos corresponden a casos diagnosticados y que es posible que, en el primer decil, al tener menor número de recursos o cultura de prevención, no hayan diagnosticados.

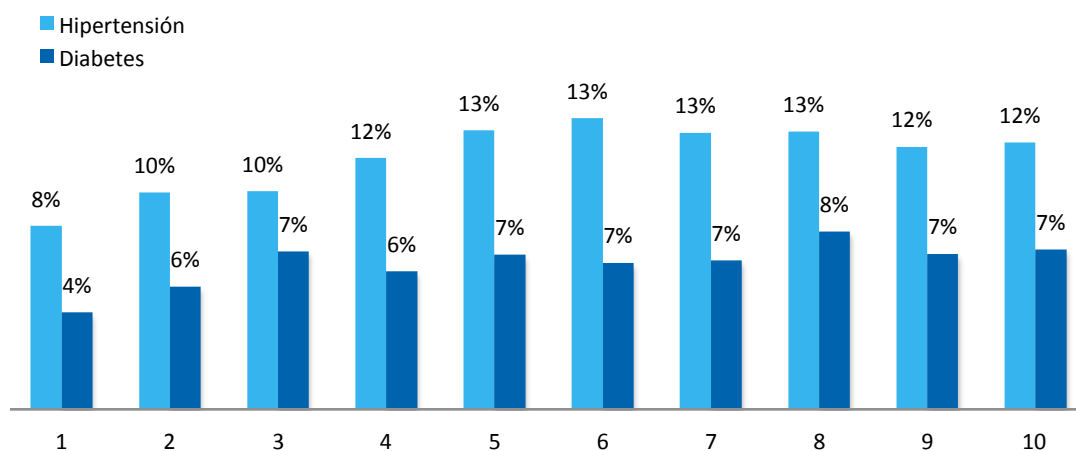


Gráfico 6. Distribución por decil de ingreso de la prevalencia de hipertensión y diabetes, nacional, 2012 (9)

Objetivos

Objetivo general

Disminuir la prevalencia de las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2 en la población de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

1. Instruir al paciente en el uso correcto de su tratamiento farmacológico.
2. Proporcionar atención nutricional como parte de la atención integral al paciente.
3. Brindar al paciente y familiares apoyo psicológico para la aceptación de la enfermedad y lograr una mejor adherencia al tratamiento.
4. Trabajar en estrategias de autocuidado y hábitos de vida saludable.
5. Crear una red de apoyo sanitario multidisciplinario.
6. Proporcionar al paciente una herramienta tecnológica para un mejor control y seguimiento de su enfermedad.

Desarrollo y ejecución del proyecto

Población de referencia

El programa a desarrollar está dirigido a la población habitante de la Ciudad de México que cuente con el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Con base en datos estadísticos del 2010, por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México contaba con 112,236,538 personas, siendo de estas 54,855,231 hombres y 57,481,307 mujeres. Teniendo una edad promedio de 26 años para mujeres y 25 años para hombres.

Para el caso de la Ciudad de México, donde centraremos nuestro plan de desarrollo en un inicio, contaba con una población total (para el año 2010) de 8,851,080 personas, de las que 4,233,783 son hombres y 4,617,297 son mujeres. Teniendo una edad media de 31 años. (10)

Por otra parte, mencionar que, en el 2013, la esperanza de vida al nacer en la Ciudad de México, era de 72.8 años para los hombres y de 78.8 años para las mujeres.

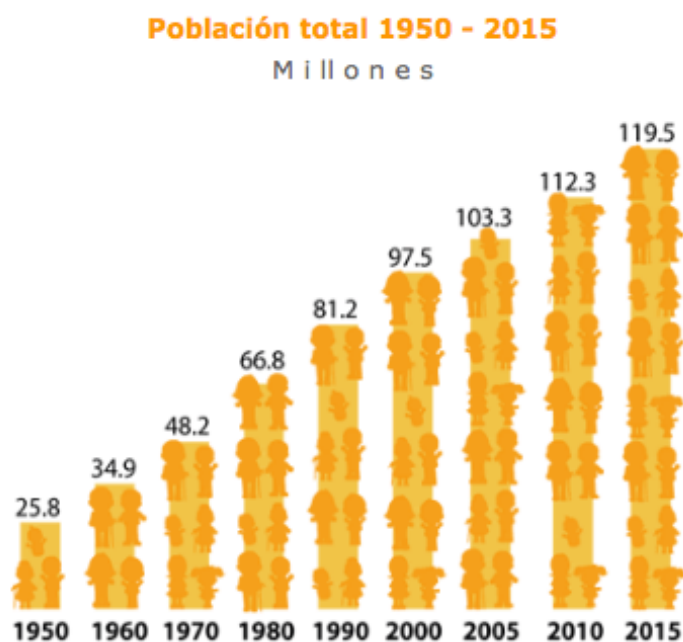


Gráfico 7. Total de población 1950 – 2015 (11)

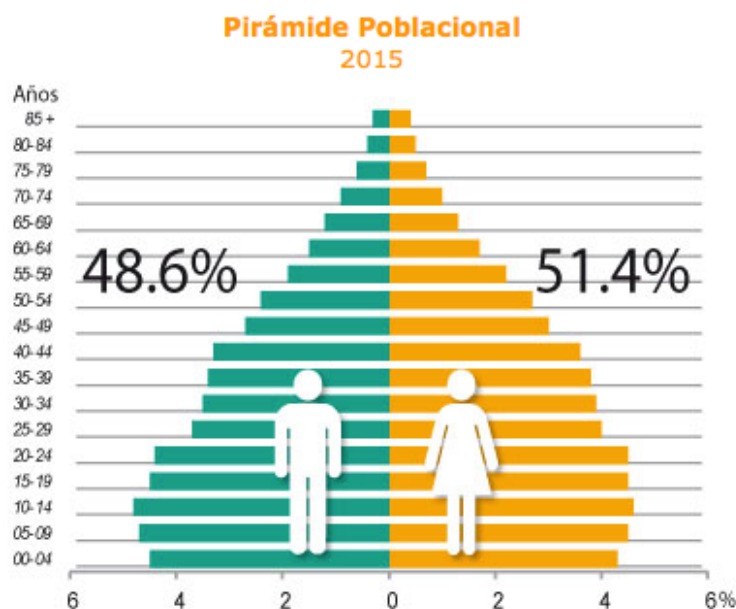


Gráfico 8. Pirámide poblacional 2015 (11)

Selección de población muestral o de intervención

Recordemos que la diabetes es un problema de salud pública que genera un gran impacto en el ámbito económico, social y en la calidad de vida. Es por ello importante tomar acciones más precisas y efectivas para lograr, en un primer momento, un cambio en la población con la patología dentro de la Ciudad de México. Por lo tanto, el programa se llevará a cabo en la población que cuente con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2, que sean residentes de la Ciudad de México y que deseen participar dentro del plan integral, no importando si están afiliados a algún seguro médico público o privado.

Atendiendo diariamente a:

Profesional	Tiempo de Consulta	Consultas por día	Consultas por semana	Consultas por mes	Consultas al año
Medicina General	30 minutos	14	70	280	3640
Nutrición	30 minutos	14	70	280	3640
Medicina Interna	30 minutos	14	70	280	3640
Oftalmología	30 minutos	14	70	280	3640
Psicología	60 minutos	7	35	140	1820
Angiología	30 minutos	14	70	280	3640
Total		77	385	1,540	20,020

Teniendo un total de 20,020 consultas que se realizarán al año en todos los servicios ofertados y sabiendo que cada paciente tendrá un mínimo de 13 al año, teniendo un aproximado de 1,540 pacientes en la atención anual.

Cronograma de actuación y actividades para alcanzar cada objetivo

Objetivos Específicos	Actuaciones
Compra de activos fijos	1. Compra de materiales y equipos médicos
Contratación de personal	1. Contratación del equipo de enfermeras (5) 2. Contratación de recepcionista 3. Contratación de médico general 4. Contratación de médicos especialistas (oftalmólogo, nefrólogo, angiólogo, internista) 5. Contratación de personal de nutrición.
Dar a conocer la organización y funcionamiento del programa al personal.	1. Instruir al equipo médico, nutricional y de enfermería en la forma de operar el programa.
Dar a conocer el programa a la población	1. Creación de unidad móvil (autobús de diagnóstico) para campaña de concientización y detección. 2. Entregas de resultados. 3. Derivar a los pacientes a la clínica. 4. Repartir publicidad. 5. Agendar pacientes.
Conocer el perfil del paciente	1. Visita a la clínica de acuerdo a la agenda previamente programada. 2. Hablar al paciente y acompañantes acerca del objetivo del programa impartido en la clínica por parte de enfermería. 3. Creación de perfil electrónico. 4. Realizar historia clínica electrónica. 5. Somatometría del paciente. 6. Análisis de laboratorio: -Glucemia en ayunas -HbA1c - microalbuminuria - Hemograma y eritrosedimentación -Examen general de orina / y urocultivo si es necesario -Urea, creatinina, ácido úrico -Determinación de colesterol total, HDL-Colesterol, LDL-Colesterol, triglicéridos - Radiografía de tórax, -Electrocardiograma en adultos. -Exudado vaginal -Pruebas de funcionamiento hepático -Filtrado glomerular. 7. Agendar cita médica una semana después.

Categorizar al paciente y decidir el mejor tratamiento

1. Búsqueda de síntomas relacionados con complicaciones:
Oculares: Disminución de la agudeza visual.
Renales: Astenia, edemas, disuria, dolor lumbar, fiebre.
Neurológicos: Parestesias en miembros, calambres y adormecimientos, hipotensión postural, trastornos de la marcha, trastornos tróficos, disfunción sexual, etc.
Vasculares: Claudicación intermitente, frialdad de miembros, dolor precordial, vértigos, isquemia cerebral transitoria, etc.
Infecciones: Cutáneo-mucosas, renales, etc.
2. Examen físico completo, con enfoque a: Talla, peso, tensión arterial, examen de la piel, especialmente miembros inferiores (trofismo, pigmentación, úlceras, lesiones interdigitales, micosis ungueales, hiperqueratosis, examen del pulso, temperatura, palidez, rubicundez, cianosis) Cuello, carótidas.
Examen neurológico: reflectividad, sensibilidad táctil, térmica, profunda, parestesia.
Examen oftalmológico: fondo de ojo sin dilatar la pupila.

Mejorar la dieta

1. Se tendrá consulta con el personal de nutrición con la frecuencia de acuerdo a la categorización del paciente, quien establecerá el mejor plan de acuerdo este.
2. Se puede programar cita de acuerdo a la categorización del paciente para definir el plan de acción de dicha área.
3. En caso de ser necesario, el personal de nutrición puede y debe dar orientación al paciente a través de la App dedicado a ello.
4. Se recomienda que, en la consulta, el paciente sea acompañado por algún familiar para un mejor entendimiento del plan nutricional.

Consultas subsecuentes

1. Después de la evaluación inicial por parte de nutrición y medicina general, llevará su control integral de acuerdo al plan de citas de acuerdo a la categoría del paciente. Ver tabla 4.
2. En las consultas bimensuales se hará un examen físico completo, con especial referencia a peso, tensión arterial, examen cardiovascular y de los miembros inferiores. Se obtendrán detalles sobre el

<p>Chequeo anual general</p> <p>Valoración integral en hogar</p>	<p>control metabólico, incluyendo el chequeo de las tomas de glucosa realizadas por el propio paciente, que anotará en una libreta habilitada al efecto.</p> <p>1. Exploración física completa y de laboratorio</p> <p>1. El paciente será visitado en su hogar de acuerdo a las necesidades de este, cada 6 meses o anualmente por el personal de enfermería.</p> <p>2. Se valorará: -Adaptación psicosocial a la enfermedad por parte del paciente y la familia. – Cumplimiento de la dieta indicada. –Método de toma de glucosa. –Preparación y mantenimiento de la dosis de insulina. –Conocimientos del paciente y de la familia de los aspectos tratados previamente.</p>
<p>Educación al paciente y familiares acerca de la diabetes y modificación de estilos de vida</p>	<p>1. La educación acerca de la diabetes es un aspecto fundamental para un adecuado control</p> <p>2. Los temas a tratar por parte de personal de enfermería son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué es la diabetes mellitus? - Síntomas, signos y hacer énfasis a la sintomatología de la hiperglucemia e hipoglucemia - El plan alimentario - Importancia de la actividad física - Importancia del control metabólico - Importancia del adecuado control y cómo reconocer otros factores de riesgo. - Terapia con hipoglucemiantes orales - Terapia con insulina (clases de insulina, manera adecuada de aplicarla, sitios de aplicación, mitos). - Técnicas de autocontrol en sangre. - Cuidados de los pies. - Vigilancia del inicio de las complicaciones. - Aspecto sexual y reproductiva en la diabetes. <p>3. La educación debe mantenerse permanentemente, identificando deficiencias y ampliando los conocimientos y habilidades que origine cambios en el estilo de vida.</p>
<p>Aceptación de la patología y sus posibles complicaciones para lograr una mejor adherencia al tratamiento</p>	<p>1. Programación de una primera cita individual con el psicólogo a todo paciente.</p> <p>2. Programación de una cita familiar con el psicólogo.</p> <p>3. Dependiendo del grado de la enfermedad, será la frecuencia de la visita a psicología y a consideración de dicho profesional.</p>

Control por especialidad médica de acuerdo a las principales complicaciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos los pacientes tendrán al menos una cita anual con cada especialidad que la clínica proporciona: Oftalmología, Angiología y Medicina Interna. 2. Cada paciente tendrá cita médica con el especialista de acuerdo a la categoría de afección en la que se encuentre: <ol style="list-style-type: none"> a) afección leve: Adecuado control, menos de 10 años de evolución, sin presencia de alguna complicación. b) afección moderada: Entre 10 y 20 años de evolución, control adecuado o regular con una complicación. c) afección severa: Más de 20 años de evolución, mal control y una o más complicaciones. 3. Siendo modificable la estadificación del paciente.
Apoyo al paciente por medio de la App dedicada a ello para la toma de medicamento en tiempo adecuado, agenda de citas, control de sus laboratorios, etc.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creación de una aplicación móvil en la que el paciente lleve sus datos, recetas y consejos médicos siempre con él. 2. El paciente será capaz de acceder a información como: <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento actual. - Recomendaciones y programas dados por nutrición. - Somatometría de cada visita. - Historial de resultados de laboratorio. - Consejos médicos. - Fijar recordatorios de toma de medicamento. - Agenda de citas. En las que se muestren los días disponibles en cada clínica y las horas disponibles. 3. Tener contacto permanente con el equipo sanitario del programa para resolución de dudas rápidas.
Evaluación y mejora continua	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al finalizar cada consulta, asesoría o taller, se le hará llegar al paciente una encuesta de calidad y satisfacción. 2. Se realizará una encuesta de satisfacción trimestralmente.

Tabla 3. Cronograma de Actuación

Tabla 4. Plan Anual de Atención Integral

SEMANA	PACIENTE TIPO A AFECCIÓN LEVE	PACIENTE TIPO B AFECCIÓN MODERADA	PACIENTE TIPO C AFECCIÓN GRAVE
1	Medicina general Nutrición	Medicina general Nutrición	Medicina general Nutrición
2	Psicología	Consulta especializada	Medicina interna
6	Oftalmología	Psicología	Psicología Medicina general
11	Medicina general	Medicina general	Oftalmología Medicina interna
16	Nutrición	Nutrición	Angiología Medicina general
21	Medicina general	Angiología	Nutrición Medicina interna
26	Angiología	Consulta especializada	Medicina interna
31	Medicina general	Medicina general	Psicología Medicina general
36	Nutrición	Nutrición	Medicina interna
41	Medicina general	Psicología	Nutrición Medicina general
46	Nefrología	Medicina general	Oftalmología Medicina interna
51	Medicina general	Nutrición	Angiología Psicología

Recursos humanos y materiales

Equipo que desarrolla el proyecto y colaboraciones institucionales

El equipo contará con profesionales en el área de la salud buscando sean empáticos con el paciente y sus necesidades, que cuenten con actitud de compromiso para las necesidades del paciente, que sean creativos y aporten ideas de mejora.

Se buscará lo que se aconseja de acuerdo al Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, en su folleto “Recomendaciones bioéticas para las prácticas clínicas”(12). Citando algunos de ellos:

- Amor a la profesión
- Respeto
- Empatía

- Humildad
- Participa activamente
- Colabora
- Identifica situaciones
- Puntualidad
- Escucha activa respetuosamente
- Respeto por la autonomía del paciente
- Respeto por el derecho a la confidencialidad

El equipo estará conformado por:

- Un médico general por cada clínica, el cual tendrá la tarea de dirigir el equipo sanitario. Estará a cargo del diagnóstico y tratamiento médico del paciente. Teniendo la capacidad de derivar al paciente a la especialidad médica que él convenga cuando lo convenga.
- Cinco enfermeras que se encargarán de las pláticas educativas e informativas, de la somatometría y toma de muestras del paciente. Serán ellas quienes realicen la primera historia clínica del paciente. Las enfermeras también cumplirán el rol de ser la cara de la clínica y quienes, al finalizar la consulta, taller u orientación, proporcionarán al paciente la encuesta de calidad y mejora.
- Una persona encargada de recepción que llevará a cabo la gestión de citas médicas, talleres, visitas domiciliarias, consultas con especialidades, consultas a psicología y consultas de nutrición.
- Un médico especialista por cada área de atención, entendiéndose como un médico internista, un oftalmólogo y un angiólogo.
- Una nutrióloga, quien desempeñará la función de evaluación nutricional, entrega de plan de alimentación personalizado de acuerdo a los requerimientos de cada paciente, educación en hábitos y alimentación saludable. Teniendo como objetivo la autogestión por parte del paciente de su vida con diabetes y lograr mejores resultados.(14)

Recursos disponibles: material técnico, inventariable y fungible

Los materiales y equipo necesario para desarrollar el programa de salud en personas con diabetes, son:

- Estadímetro
- Báscula
- Negatoscopio
- Estuche de diagnóstico
- Estetoscopio
- Baumanómetro
- Nevera y termómetro
- Camilla de exploración
- Electrocardiógrafo
- Oxímetro de pulso
- Termómetro digital
- Glucómetro
- Medicación y material suficiente para atender urgencias metabólicas y primeros auxilios (equipos de reanimación cardiopulmonar básica)
- Lámpara de exploración
- Martillo de reflejos
- Cinta métrica
- Monitor de composición corporal Tanita TBF-410 (nutriólogo)
- Plicómetro
- Réplica de grupos de alimentos en paquete Nutritools
- Libro "Menú para pacientes con Diabetes"
- El área de oftalmología contará con lámpara de hendidura y retinógrafo.(15)
- Escritorios para enfermería, recepción, consultorio de médico general, consultorio de médico especialista y nutrición
- Mesa de exploración
- Sillas para sala de espera y para consultorio o salas de exploración

- Pantalla para información continua al paciente
- Contenedor de residuos sanitarios contratado con un gestor autorizado
- Ordenadores para área de recepción del paciente, consultorio médico de medicina general, para consultorio médico de especialidad o nutrición y uno para el área de enfermería.
- Cinco tabletas electrónicas en las que el paciente llenará la historia clínica y encuestas de calidad.
- Material impreso informativo de cuidados del paciente
- Equipo de impresión
- Papelería
- Servicio de internet y red interna

Presupuesto estimado según conceptos

Plan anual de atención integral.




Procedimientos	Afección leve 	Afección moderada 	Afección severa 
Pruebas de hemoglobina glucosilada	1 cada 6 meses	1 cada 3 meses	1 cada 3 meses
Creatinina en orina de 24 horas	2 veces al año	2 veces al año	3 veces al año
Estudios de laboratorio completos	1 vez al año	2 veces al año	3 veces al año
Monitoreo de signos vitales	En cada consulta	En cada consulta	En cada consulta
Consulta a nutrición	4 al año	6 al año	Al menos 6 veces al año
Consulta a psicología	Una cita mínimo, a criterio del médico y decisión del paciente	Se recomienda un mínimo de dos visitas al año a criterio del médico y decisión del paciente	Consulta continua a lo largo del tratamiento
Consulta médica general	6 al año	12 al año	12 al año
Consulta médica especializada	1 vez al año por especialidad	2 veces al año por especialidad	4 veces al año en medicina interna. Nefrología, angiología y Oftalmología cada 6 meses
La Salud a tu Casa (enfermería)	NA	De acuerdo a las necesidades del paciente	2 veces al año o de acuerdo a las necesidades del paciente
Costo mensual por nivel de afección			
Costo anual por nivel de afección			

Tabla 5. Plan Anual de Atención Integral

Material	Cantidad	Precio por unidad	Costo total
Estadímetro y Báscula (Detecto D-439)	1	\$9,889.00 €486.23	\$9,889.00 €486.23
Estadímetro con báscula 160kg	1	\$4,099.00 €201.54	\$4,099.00 €201.54
Glucómetro (paquete glucómetro accucheck performa)	1	\$1,059.00 €52.07	\$1,059.00 €52.07
Negatoscopio	1	\$822.00 €40.42	\$822.00 €40.42
Estuche de diagnóstico (Heine mini 3000)	2	\$6,420.00 €315.63	\$12,840.00 €631.26
Estetoscopio (Littmann Classic III)	2	\$2,855.00 €140.36	\$5,710.00 €280.72
Estetoscopio enfermería (Littmann Select)	2	\$1,860.00 €91.44	\$3,720.00 €182.89
Baumanómetro (Easy push BA800)	3	\$639.00 €31.41	\$1,917.00 €94.24
Oxímetro digital	2	\$1,049.00 €51.57	\$2,098.00 €103.14
Termómetro digital (Beurer FT09B)	2	\$139.00 €6.8	\$278.00 €13.66
Nevera con termómetro	1	\$3,499.00 €172.03	\$3,499.00 €172.03
Mesa de exploración (Modelo Futuro)	2	\$3,287.00 €161.59	\$6,574.00 €323.19
Banqueta de 1 peldaño	2	\$437.00 €21.48	\$874.00 €42.96
Lámpara de exploración (Lámpara de chicote)	2	\$725.00 €35.64	\$1,450.00 €71.28
Lámpara de diagnóstico (Fortelux N)	2	\$370.00 €18.19	\$740.00 €36.38
Martillo de reflejos Buck	2	\$73.00 €3.58	\$146.00 €7.17
Cinta métrica	2	\$109.00 /€5.35	\$218.00 /€10.32
Monitor de composición corporal Tanita TBF-410	1	\$78,700.00 €3,869.49	\$78,700.00 €3,869.49

Libro “Menú para pacientes con Diabetes”	1	\$259.00 €12.73	\$259.00 €12.73
Plicómetro (Slimguide de colores)	1	\$469.00 €23.05	\$469.00 €23.05
Réplica de grupo de alimentos en paquete. Nutritools	1	\$9,699.00 €476.87	\$9,699.00 €476.87
Lámpara de hendidura	1	\$30,000 €1,475.15	\$30,000 €1,475.15
Retinógrafo	1		
Electrocardiógrafo	1	\$11,000.00 €540.00	\$11,000.00 €540.00
Escritorio consultorios médicos	2	\$4,638.84 €228.08	\$9,277.68 €456.17
Escritorio para enfermería (Minimalista)	1	\$4,299.00 €211.37	\$4,299.00 €211.37
Escritorio para recepcionista	1	\$4,200.00 €206.48	\$4,200.00 €206.48
Sillas	10	\$250.00 €12.29	\$2,500.00 €122.90
Pantalla	1	\$5,000.00 €245.85	\$5,000.00 €245.85
Contenedor de residuos sanitarios	3	\$110.00 €5.40	\$330.00 €16.22
Ordenador	4	\$3,000.00 €147.51	\$12,000 €590
Tabletas electrónicas	5	\$2,279.00 €112.03	\$11,395.00 €560.18
Equipo de impresión	2	\$1015.00 €49.90	\$2,030.00 €99.80
Servicio de Internet y red local	1	\$500.00/mes €24.58	\$6,000 €294.99
Total		\$181,749.84 €8,936.80	\$232,091.68 €11,410.00

Tabla 6. Presupuesto de material. Datos basados en web de ventas “NutriEquipo” <http://nutriequipo.com/>, “MediKatálogo” www.medikatalogo.com.mx/. “MediLab” <http://www.medilab.com.mx>. “Linio” www.linio.com.mx
Valor del € (Euro) respecto al peso mexicano, calculado al tipo de cambio actual (11/Junio/2017)
1€ = 20.33\$ pesos mexicanos.

Documentos de autorización

Aviso de Privacidad

Aviso de Privacidad - Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

En cumplimiento a las disposiciones legales relacionadas con la Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, SALUD INTEGRAL, hace de su conocimiento que sus datos personales (identificación) y sensibles (salud, estilo de vida, características físicas, vida sexual y hábitos) obtenidos mediante el desarrollo del programa, se tratarán de acuerdo con las siguientes finalidades:

A. Primarias

- Realizar las Valoraciones Médicas, Nutricionales y Psicológicas, mismas que pueden comprender: evaluaciones sociales, antropométricas, físicas y químicas.
- Proveer servicios de identificación de oportunidades, análisis de hábitos, información, programas y herramientas para ayudarlo a mejorar su salud.
- Evaluar riesgos de salud, para proporcionar reportes, recomendaciones (salud y estilo de vida), apoyo psicológico, plan de dietas y ejercicios e información especial sobre progreso.
- Realizar un diagnóstico general de su salud e identificar factores de riesgo en esta y, en su caso, crear un programa de atención integral.
- Cargarlos electrónicamente en la App de SALUD INTEGRAL, mismos a los que podrá acceder mediante el Usuario y Contraseña proporcionados al comienzo del programa.
- Se utilizarán para realizar estudios estadísticos, de epidemiología e incluso para investigación científica. Mismos que se utilizarán para evaluar la calidad del servicio.

B. Secundarias

- Con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial para ofrecerle otros de nuestros productos, servicios y promociones.

Si usted no está de acuerdo con las finalidades secundarias, podrá manifestar su negativa siguiendo el siguiente mecanismo:

1. Dar aviso al personal de recepción quien ejercerá dicha acción

Usted podrá ejercer su derecho de Revocación, así como sus derechos.

En caso de realizar cambios o actualizaciones al presente Aviso, SALUD INTEGRAL los publicará de manera generalizada por los medios que utilicemos con usted para mantener la comunicación.

En caso de alguna duda puede usted consultar al INAI en www.inai.org.mx

Documentos de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Deseo participar en los diferentes servicios médicos, nutricionales, psicológicos y de laboratorio clínico que llevará a cabo el programa SALUD INTEGRAL, consistentes en Valoraciones Médicas, Nutricionales y Psicológicas, mismas que puede comprender: evaluaciones sociales, antropométricas, físicas y químicas (al conjunto de estos procedimientos se les llamará, en lo sucesivo “Las Pruebas”).
2. Reconozco que se me ha informado completamente de los procedimientos o decisiones terapéuticas que se tomarán con respecto a mi caso y mi persona.
3. Entiendo y acepto que el diagnóstico resultante de “Las Pruebas” sólo puede ser realizado por un profesional de la salud autorizado, es de mi conocimiento que los resultados de esta prueba deben ser evaluados por un médico calificado, por lo tanto, no representan un diagnóstico final.
4. En el caso de los servicios de laboratorio clínico, podré acudir libremente a otro médico de confianza con los resultados para que él realice el diagnóstico e interprete lo que crea conveniente, sin que una opinión contraria al resultado de “Las Pruebas” implique algún tipo de error, negligencia o responsabilidad para SALUD INTEGRAL.
5. Mi participación en “Las Pruebas” es voluntaria y libre, por lo que libero de toda responsabilidad y no emprenderé acción legal alguna contra SALUD INTEGRAL sobre los resultados de la aplicación de los exámenes a mi persona.
6. Autorizo a SALUD INTEGRAL, para que haga uso de mi información, de conformidad con el aviso de privacidad que se ha puesto a mi disposición, así como para fines estadísticos corporativos, y con la finalidad de que se me brinden programas de salud, para mejorar mi calidad de vida.
7. El resultado de “Las Pruebas” estarán a mi disposición en el expediente generado en la App de SALUD INTEGRAL, donde de manera segura, solo tendré acceso directo mediante el usuario y contraseña proporcionados al comienzo del programa de SALUD INTEGRAL.
8. Acepto y reconozco que puede existir margen de error (+/- 5%) en “Las Pruebas” referentes al laboratorio clínico que me serán aplicadas por lo que libero a SALUD INTEGRAL de cualquier responsabilidad a que haya lugar.
9. Manifiesto que la información proporcionada a los profesionales de la salud contenida en el presente, así como en los cuestionarios o formularios de salud para la aplicación o durante “Las Pruebas”, es verídica.
10. Reconozco que se pueden generar reacciones diversas al momento de la toma de muestras sanguíneas o posteriores, por ejemplo: dolor, miedo, estrés, nerviosismo, mareo, sudoración, y en algunas ocasiones equimosis o hematomas en el lugar de la punción; sin embargo, las mismas no representan ningún peligro para mí.
11. Conozco que, en algunas ocasiones por factores personales como ansiedad, nerviosismo, factores de coagulación, entre otros; la cantidad de sangre que se obtiene de un paciente en una punción no es suficiente, por lo que se requerirá repetir la toma previa autorización del paciente.

Acepto de conformidad:

Nombre completo: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Información y divulgación

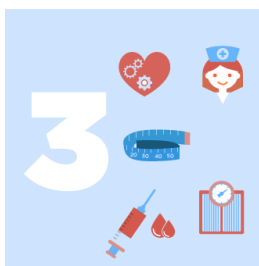
Información a la población (16)



Anótate en el programa y agenda tu cita.



No olvides estar al pendiente para acudir a la clínica.



En tu primera visita obtendremos las medidas de tu cuerpo, tomaremos muestras sanguíneas y te haremos un breve historia clínica.



Tus resultados se están procesando y serán cargados en tu expediente clínico electrónico



Recuerda que los resultados son totalmente confidenciales y están supervisados por nuestro equipo médico.



Agendaremos tu cita para la semana siguiente.



Tendrás tu primera revisión médica, en la que analizaremos tus resultados y estableceremos el plan y tratamiento más adecuado para ti.

¡TU SALUD ES MUY IMPORTANTE!



SE PONE EN MARCHA NUEVO PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México en conjunto con instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) pone en marcha el programa “**Salud Integral**”, que estará enfocado al tratamiento y prevención de las complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2.

El programa, en un inicio, estará orientado a tratar a las personas con diabetes que residan en la ciudad de México. Pudiendo en un futuro, extender su cobertura al resto de la República Mexicana.

Los pacientes que quieran inscribirse al programa obtendrán consultas en diversas áreas sanitarias para un tratamiento integral. Las especialidades con las que contará el programa son Medicina General, Medicina Interna, Angiología, Oftalmología, Nutrición y Psicología. Además de talleres educativos y orientativos impartidos por el personal de enfermería, quienes atenderán y responderán de manera oportuna y clara todas las dudas que los pacientes puedan tener.

Este programa tiene como meta que el paciente y sus familiares tengan una mejor calidad de vida. Que la diabetes no sea un impedimento para las actividades, sino que sea una oportunidad para la mejora del estilo de vida de la persona y llevar una vida tan normal y feliz como sea posible.

Ciudad de México a 21 de junio del 2017

Evaluación del proceso y de los resultados alcanzados

Indicadores cuantitativos

Por medio del programa, se logrará un mínimo del 70% de los afiliados al programa el control adecuado de la enfermedad y sus complicaciones. Siendo medibles y valorados por medio de indicadores citados a continuación:

- Proporción de pacientes que se mantuvieron en su misma categoría durante un año de seguimiento.
- Proporción de pacientes que lograron una adecuada adherencia al tratamiento
- Proporción de pacientes que lograron descender en su categoría de gravedad de la enfermedad.
- Proporción de pacientes que ascendieron en su categoría de gravedad de la enfermedad.
- Proporción de pacientes que redujeron su peso a causa de la orientación nutricional.
- Proporción de complicaciones evitadas asociadas a la diabetes mellitus.
- Nivel de adaptación del sujeto en relación con su enfermedad y su medio.
- Número de participantes adheridos al programa.
- Proporción de complicaciones que se presentan durante el seguimiento.
- Tasa de cobertura del programa.

Indicadores cualitativos

Cuestionario post sesión

Marque con una X la puntuación que considere más acorde con el servicio recibido

Atención de Enfermería					
	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Se me explicó claramente las pruebas a realizar.					
La atención fue respetuosa y personalizada.					
El tiempo de espera para que se me atendiera fue adecuado.					
Comentarios					

Atención médica					
Marque con una X la especialidad por la que fue atendido Med. General () Nutrición () Oftalmología () Angiología () Med. Interna () Psicología ()					
	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Sentí que el profesional me escuchaba atentamente mientras le contaba mi problema.					
Me explicó claramente mi situación médica actual.					
Me indicó de manera clara mi tratamiento.					
Se mantuvo un trato agradable y respetuoso en la consulta.					
Se utilizó un lenguaje claro y adecuado mientras me atendió.					
Me siento conforme con la atención recibida en general.					
Comentarios					

Encuesta de satisfacción trimestral

En cada una de las opciones siguientes, marque la opción que mejor se adecue a su opinión:

Indicadores	Escala de satisfacción				
	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Recibió información clara acerca de los tratamientos y procedimientos del programa de Salud Integral.					
La atención por parte del personal de Enfermería fue respetuosa y personalizada.					
La calidad y atención brindada por el profesional sanitario durante el servicio (punciones, tomas de muestra sanguínea y otros estudios) fue adecuada.					
Los médicos durante la consulta crearon un ambiente adecuado para externar mis dudas y preocupaciones.					
Los médicos me explicaron con claridad acerca de mi estado de salud y las opciones para mi tratamiento.					
La atención por parte del médico fue respetuosa y personalizada.					
El tiempo dedicado para mi consulta me pareció adecuado.					
Los servicios que proporciona el programa de Salud Integral me parecen completos.					
La atención por parte del servicio de Nutrición me pareció clara y completa.					
El sistema de citas me parece flexible y continuo.					
El programa me permite mantener un contacto continuo con el personal sanitario.					
Me parece adecuado el sistema de educación y orientación de mi enfermedad.					
Existe un sistema permanente de seguimiento individualizado post atención que se interese en mí y en la continuidad de mi tratamiento.					
Existe preocupación por satisfacer mis necesidades de salud en el programa.					
Las áreas del programa trabajan en forma coordinada para satisfacer mis necesidades de salud					
La App móvil me permite llevar un mejor control de mis medicamentos.					
La App móvil me permite mantener un contacto continuo con el personal sanitario.					
La información de mi perfil, mis estudios y recomendaciones proporcionadas en la App móvil me parece adecuada y completa.					

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud Pública M. Carga de la Enfermedad en México 1990 – 2013 [Internet]. 2013 [cited 2017 Jun 6]. Available from: <https://www.insp.mx/avisos/3917-estudio-carga-enfermedad.html>
2. Instituto Nacional de Salud Pública M. Obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares [Internet]. [cited 2017 Jun 4]. Available from: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/obesidad-diabetes-y-enfermedades-cardiovasculares.html>
3. Secretaria de Salud DG de P de la S. IMSS subrogará 16 mil diabéticos en DF [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun 29]. Available from: <http://www.promocion.salud.gob.mx/cdn/?p=14952>
4. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Profesionales - navarra.es [Internet]. [cited 2017 Jun 4]. Available from: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020+Profesionales/
5. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Ciudadanía - navarra.es [Internet]. [cited 2017 Jun 4]. Available from: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/
6. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud Navarra [Internet]. 2011 [cited 2017 Jun 5]. Available from: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/docsInclSNS2011/15_INCLASNS-NAVARRA.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. OPS OMS | Acerca de Diabetes [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 6]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=671

7&Itemid=39447

8. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser JL. Harrison. Principios de Medicina Interna. 18a ed. McGraw Hill; 2012. 3920 p.
9. Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles. Sistema de Indicadores para Monitorear los Avances de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD). [cited 2017 Jun 7]; Available from: http://oment.uanl.mx/indicadores_descargas/reporte_resultados_oment.pdf
10. INEGI. México en cifras.Estados Unidos Mexicanos. 2008 [cited 2017 Jun 7]; Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/>
11. INEGI. Cuéntame INEGI. Población [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 7]. Available from: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
12. Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina. Recomendaciones bioéticas para las prácticas clínicas [Internet]. 2012 [cited 2017 Jun 9]. Available from: https://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/7073/7073308/triptico_recomendaciones_ceem.pdf
13. American Podiatric Medical Association (AMPA). Your Diabetes Management Team: en Español | Learn About Feet | [Internet]. American Podiatric Medical Association. [cited 2017 Jun 9]. Available from: <http://www.apma.org/Learn/content.cfm?ItemNumber=1533>
14. Grupo de Trabajo Guías Clínicas y Consensos de la Sociedad Española de Diabetes. Perfil profesional del educador de pacientes con diabetes. Av en Diabetol [Internet]. 2012 Mar [cited 2017 Jun 9];28(2):38–47. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134323012000427>

15. Srinivasan V, Thulasiraj RD, Ejecutivo D. Instrumentos y Equipos Oftalmológicos Ismael Cordero -Manual de Cuidado y Mantenimiento. [cited 2017 Jun 9]; Available from:
http://www.v2020la.org/images/Instrument_maintenance_Final_ESPANOL.pdf
16. GNP Cuida tu Salud [Internet]. [cited 2017 Jun 12]. Available from:
<http://gnpcuidatusalud.com/>

Resumen para su publicación

La diabetes mellitus es una enfermedad crónico degenerativa que está presente en gran parte de la población mundial, generando altos gastos sanitarios en el tratamiento de sus complicaciones.

En México la Secretaría de Salud juega un papel importante impulsando la campaña “Menos diabetes, más salud” sumándose a las estrategias planteadas por el Instituto de Salud Pública que promociona programas como “Ciudades cambiando la diabetes”, “Cuentas de la diabetes mellitus” y una serie de actividades que fomentan la actividad física y los hábitos de vida saludable; sin embargo, no existe un programa integral que se enfoque en la prevención de complicaciones.

El programa a desarrollarse está dirigido a los residentes de la Ciudad de México que cuenten con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2, teniendo como finalidad la prevención de las complicaciones mediante un tratamiento integral. Se brindará atención en medicina general y especialidades como: Oftalmología, Medicina Interna, Angiología, Nutrición y Psicología.

En el trabajo integral que se plantea, el personal de enfermería se encargará de dar el apoyo necesario para que el paciente conozca la situación de su patología, reciba orientación sobre el manejo de medicamento, estilos de vida saludable y técnicas de autocuidado. Los profesionales del área de nutrición se encargarán de llevar el tratamiento nutricional en trabajo conjunto con los especialistas tratantes.

Con esta iniciativa se logrará disminuir la prevalencia y la incidencia de las complicaciones; además de lograr una mejor calidad de vida para el paciente y quienes lo rodean.